

Contribution à l'Etude
de la
Marsupialisation du Sac Scrotal
sans libération préalable dans le traitement
de la hernie inguino-scrotale
étranglée volumineuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger BÉRARD

Né le 27 Mars 1900 à MONTPELLIER (Hérault)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-5c

1926

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA MARSUPIALISATION DU SAC SCROTAL
SANS LIBERATION PREALABLE
DANS LE TRAITEMENT DE LA HERNIE
INGUINO-SCROTALE ETRANGLEE VOLUMINEUSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'Etude
de la
Marsupialisation du Sac Scrotal
sans libération préalable dans le traitement
de la hernie inguino-scrotale
étranglée volumineuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Juin 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roger BÉRARD

Né le 27 Mars 1900 à MONTPELLIER (Hérault)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	MARTIN (Etienne)
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIE
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGE DE COURS COMPLEMENTAIRE

Stomatologie	TELLIER
--------------------	---------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX		NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président; COTTE, assesseur;

BONNET et SANTY, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE FERNAND

tué à l'ennemi le 13 Avril 1918

A MON FRÈRE MARCEL

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Meis et Amicis

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur de Clinique chirurgicale,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Nous le remercions d'avoir bien voulu présider notre thèse et serons toujours reconnaissant de la bonté avec laquelle il a su nous prodiguer à la fois son enseignement et ses soins.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BONNET,
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine.
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse : nous l'assurons de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. POLLOSSON,
Chef de Clinique de M. le Professeur Tixier.

Il nous a aidé de ses sages conseils au cours de nos études ; nous sommes heureux ici de lui exprimer toute notre amitié.

A MES JUGES

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA MARSUPIALISATION DU SAC SCROTAL
SANS LIBERATION PREALABLE
DANS LE TRAITEMENT DE LA HERNIE
INGUINO-SCROTALE ETRANGLEE VOLUMINEUSE

INTRODUCTION

Le traitement de la hernie inguinale étranglée comprend des temps essentiels qui sont, après incision des parties molles :

1° *la libération et l'ouverture du sac;*

2° *le débridement;*

3° *l'examen du contenu herniaire et sa réduction après traitement;*

4° *l'oblitération du sac.*

Ce sont là les temps indispensables de la kélotomie qui peuvent et doivent en principe être complétés par :

5° *la réfection de la paroi, ou cure radicale.*

C'est l'importance du premier temps : *libération et ouverture du sac* que nous voulons discuter ici, en proposant dans certains cas, une modification à ce temps opératoire, susceptible d'atténuer la gravité de l'opération et de simplifier les suites opératoires.

Cette modification, nous le disons tout de suite *consiste essentiellement à laisser en place le sac non libéré et à en marsupialiser la partie scrotale après oblitération haute.*

Il ne s'agit pas, à vrai dire, d'une innovation, loin de là. Le procédé que nous désirons remettre en l'honneur est, en somme, celui qu'on utilisait autrefois, de façon habituelle, dans les premières tentatives de traitement de la hernie inguinale non étranglée.

Dans la hernie étranglée, il était recommandé par Maurisse Pollosson comme une ressource utilisable avec avantage. Le Professeur Tixier l'avait appris de lui, et sans doute beaucoup de chirurgiens l'ont utilisé dans la période de leur vie où ils pratiquaient de façon habituelle la chirurgie d'urgence du service de garde dans les hôpitaux.

Le Professeur agrégé P. Bonnet y a recouru volontiers.

Les avantages immédiats aussi bien que le résultat à longue échéance lui ont paru si favorables, qu'il a jugé utile de réhabiliter ce mode de faire, trop oublié à l'heure actuelle, où le souci d'exécuter une opération bien réglée, correcte, dans ses temps opératoires clas-

siques, conduit peut-être de façon trop exclusive à pratiquer la libération systématique du sac.

C'est dans ce but qu'il nous a confié ces trois observations et donné le soin de mettre en relief les avantages de cette variante d'un temps opératoire, dans les conditions où elle se trouve indiquée, et d'en préciser la technique.

Les inconvénients de la libération systématique du sac.

Les manœuvres classiques de la libération du sac sont les suivantes :

a) Dans les cas où la portion scrotale du sac n'est pas considérable, on pratique la libération et l'isolement du sac d'emblée, avant de l'ouvrir :

« Une fois le sac reconnu, il faut détacher alors avec le doigt, par décollement, le sac de ses connexions avec les tissus périphériques, le circonscrire de toutes parts comme si on voulait énucléer la tumeur herniaire en la laissant seulement retenué par le pédicule. Cette manière de faire a l'avantage de bien laisser voir ce que l'on fait et de ne pas exposer à méconnaître un prolongement, un diverticule de la hernie. » (Jaboulay et Patel).

b) D'autres préfèrent, et surtout lorsque la partie scrotale du sac est volumineuse, ne pratiquer la libération du sac, qu'après ouverture du sac, débridement, réduction du contenu herniaire.

La dissection du sac est alors amorcée dans le canal inguinal, au collet, et poursuivie de haut en bas,

Si la décortication est facile, le sac est poursuivi rapidement jusque dans sa portion scrotale; il est alors isolé, relevé, et on procède à la ligature du sac au collet, le plus haut possible.

La manœuvre se trouve quelque peu modifiée si le sac est très adhérent et tient dans la profondeur; ou lorsque, dans les hernies congénitales, il se continue largement en bas avec la vaginale. Le collet est alors isolé sur tout son pourtour, libéré vers le haut et lié de suite à hauteur convenable. Le sac est alors sectionné au-dessous de la ligature et le manchon sereux étant rabattu, on en achève la dissection.

Quel que soit le soin apporté à cette manœuvre de la *libération du sac*, le chirurgien peut se trouver aux prises avec des difficultés qui viennent compliquer l'acte opératoire.

Les difficultés peuvent tenir :

Aux altérations du sac lui-même, friable au niveau du collet. Il peut se déchirer d'emblée, au cours des tractions sur la tumeur herniaire, circulairement au niveau même du collet, et créer une brèche à travers laquelle vient saillir le contenu herniaire : anse grêle, épiploon. Il devient dès lors très difficile d'aller à la recherche des lèvres de la brèche péritonéale, d'achever la dissection du collet du sac, et de constituer un mognon de sac convenable à l'application de la ligature.

Le sac peut être adhérent aux enveloppes extérieures et sa dissection, laborieuse, expose à des suffusions hémorragiques. L'hémostase est alors difficile,

longue, et oblige à un débridement scrotal. L'opération se trouve compliquée dans sa durée et dans le choc entraîné par l'hémorragie.

Il en est de même, lors de hernie péritonéo-vaginale. Le débridement sur le scrotum s'impose. Il devient nécessaire, si l'on a entrepris la libération du sac, de réséquer l'excès de paroi séreuse, et de ne conserver, en bas, que juste ce qu'il faut pour reconstituer une vaginale, et l'oblitérer par un surjet à sa partie supérieure.

Les véritables inconvénients résident surtout dans la difficulté d'isoler sans risque, les éléments du cordon.

« Le cordon est le plus souvent en arrière et en dessous, sauf certaines anomalies; mais ses éléments, lorsque le sac est à large pédicule, sont d'ordinaire dissociés, éparpillés à la surface extérieure du sac. Le canal déférent est lui-même parfois intimement accolé à la paroi séreuse, incrusté en quelque sorte dans ses couches externes, recouvert et masqué par une mince membrane blanchâtre, et cela surtout dans les hernies congénitales. » (Lejars).

La dissection du sac expose alors à blesser quelque'un des éléments vasculaires du cordon, d'où résulte une hémorragie d'hémostase difficile, ou même à déchirer le canal déférent lui-même, accident qui aboutit à la castration»

C'est d'ailleurs en raison de ces difficultés que l'on peut rencontrer dans la dissection du sac et la libération que l'on doit, dans bien des cas, envisager d'avance l'éventualité d'une castration, et que quelques chirurgiens la pratiquent, de façon presque systématique, dans les hernies scrotales volumineuses des hommes âgés.

Ces difficultés, rencontrées au cours même de l'intervention, ont comme corrolaire la complication des suites opératoires : l'hématome suppuré du scrotum est l'aboutissant à peu près inévitable des suffusions hémorragiques nécessitées par la dissection du sac et de l'infection des loges celluluses du scrotum par le contenu septique du sac.

Plus grande gravité de l'acte opératoire,

Suites opératoires compliquées,

résumant les inconvénients d'une libération du sac, pratiquée de façon systématique, coûte que coûte, quels que soient les cas.

Les procédés destinés à éviter les inconvénients de la libération du sac.

Les difficultés de la libération du sac, sont les mêmes, que la hernie inguinale soit étranglée ou non, lorsque la partie scrotale est volumineuse, et les différents procédés qui ont été proposés dans le but d'éviter ces difficultés ont eu en vue *la cure radicale de la hernie inguinale non étranglée*.

Un certain nombre d'auteurs ne libéraient pas le sac, au cours de la cure radicale de la hernie inguinale, soit qu'ils aient considéré comme accessoire ce temps de l'opération, soit qu'ils aient reculé à un moment donné, devant la difficulté de la libération.

Ainsi faisait-on dans les premiers essais de cure radicale, où le sac herniaire était laissé en place et simplement fermé au niveau du péritoine; l'opération était complétée par la suture des orifices inguinaux. Ainsi faisait Stokes. Czerny se contentait, une fois le sac ouvert, de faufiler, au niveau du collet, la surface intérieure du sac, qu'il fermait par plissement, comme une bourse, en tirant sur les extrémités du fil.

Socin, après avoir oblitéré le sac au niveau du collet, par ce surjet en bourse, séparait, par une section transversale du sac, le mognon péritonéal qu'il refoulait vers le ventre, et la partie inférieure, scrotale, qu'il laissait en place.

D'autres, comme Julliard, Terrillon, pratiquaient le capitonnage de la partie scrotale du sac laissé en place.

Wölfler, pour en obtenir l'oblitération secondaire par accollement, cautérisait la surface interne au thermocautère.

Léonte se proposait le même but en raclant la surface interne à l'aide d'une curette.

Bottini considère la libération du sac comme un temps accessoire; il se contente de l'exciser en partie dans la hernie congénitale. Il ne l'enlève, dans la hernie acquise, que s'il est volumineux, considérant comme seul capital le temps de la fermeture de l'anneau profond.

Jaboulay, dans les hernies congénitales péritonéo-vaginales, dans lesquelles le sac est difficile à disséquer, utilisait, une fois le collet isolé et fermé par une suture en bourse, son procédé du retournement du reste du sac, fendu longitudinalement autour du testicule et du cordon. Il se proposait ainsi de mettre le malade à l'abri de l'hydrocèle ou de tout autre épanchement.

D'autres, enfin, laissaient le sac entier en place : Schede, dans le but d'en provoquer l'oblitération, suturait les lèvres de l'incision du sac avec celles des téguments. Un drain mis dans sa lumière favorisait l'écoulement des liquides.

Dans la *hernie étranglée*, les mêmes préoccupations, d'éviter les difficultés de la libération du sac ont dû donner lieu aux mêmes procédés. Pourtant, les traités classiques en font à peine mention.

Lejars pourtant envisage les difficultés de la libération et propose de les atténuer de la façon suivante :

« Si l'adhérence du feuillet profond était trop intime, rien n'empêcherait d'en laisser une bandelette au devant du cordon, sous la réseve que le collet eut été dûment isolé, retourné et lié. »

C'est là le procédé auquel avait recours Macewen dans la cure radicale.

« En pareille occurrence, ajoute Lejars, nous avons souvent eu recours à l'artifice suivant : à mi-hauteur du sac, les deux lèvres sont incisées transversalement, jusqu'à la portion non décollable, jusqu'au cordon adhérent à ce niveau. On poursuit toujours en travers, l'incision de la paroi sacculaire, très minutieusement à petits coups puis on relève, en la disséquant, sur le cordon, de bas en haut, la lamelle adhérente, jusque dans l'anneau, en isolant à mesure les deux moitiés latérales plus aisément décorticables ; avec du soin et en prenant son temps (la chose en vaut la peine), on réussit à libérer, de la sorte, le collet assez haut pour faire une bonne ligature. Quant à la portion restante du sac, on la dissèque à son tour, de haut en bas, pour refaire l'enveloppe testiculaire. La paroi est souvent, dans les faits de ce genre, très mince et de fragilité extrême... »

Si nous avons insisté sur les inconvénients de la libération du sac et indiqué les procédés qui ont la préoccupation de tourner la difficulté de cette libération, soit en évitant de la pratiquer, soit en la réduisant au minimum, c'est pour justifier l'intérêt qui s'attache à une variante de l'opération classique qui n'a d'autre but que de rendre moins grave l'acte opératoire de la kélotomie et de simplifier les suites opératoires.

L'oblitération haute du sac, non libéré avec marsupialisation de la portion scrotale.

I. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Les temps essentiels de la kélotomie sont effectués suivant les règles classiques :

1° Incision des téguments au niveau de la région inguinale seule.

2° Incision et repérage de l'aponévrose du grand oblique, jusqu'en regard de l'orifice profond du trajet inguinal.

3° Ouverture haute du sac, au-dessus du collet, dans sa portion abdominale, prolongée vers le bas à travers le collet du sac.

4° Libération du contenu herniaire par traction de bas en haut (celui-ci est supposé libre d'adhérences au sac). Réduction du contenu herniaire.

5° C'est alors qu'est effectuée l'oblitération haute du sac, au-dessus du collet par une ligature transfixiante. Celle-ci étreint d'abord la moitié antérieure du sac. Le fil est alors glissé sous le sac, à l'aide d'une aiguille de Cooper qui charge le sac seul en s'insi-

nuant entre sa paroi et les éléments du cordon que l'on aperçoit par transparence à travers le sac ouvert et que l'on évite ainsi. Le fil est serré et les chefs conservés en vue d'une suspension éventuelle à la Barker et tendus par traction sur une pince.

6° C'est alors seulement que le sac est sectionné au-dessous de la ligature, la traction sur les fils permettant de soulever le sac et d'éviter les éléments du cordon.

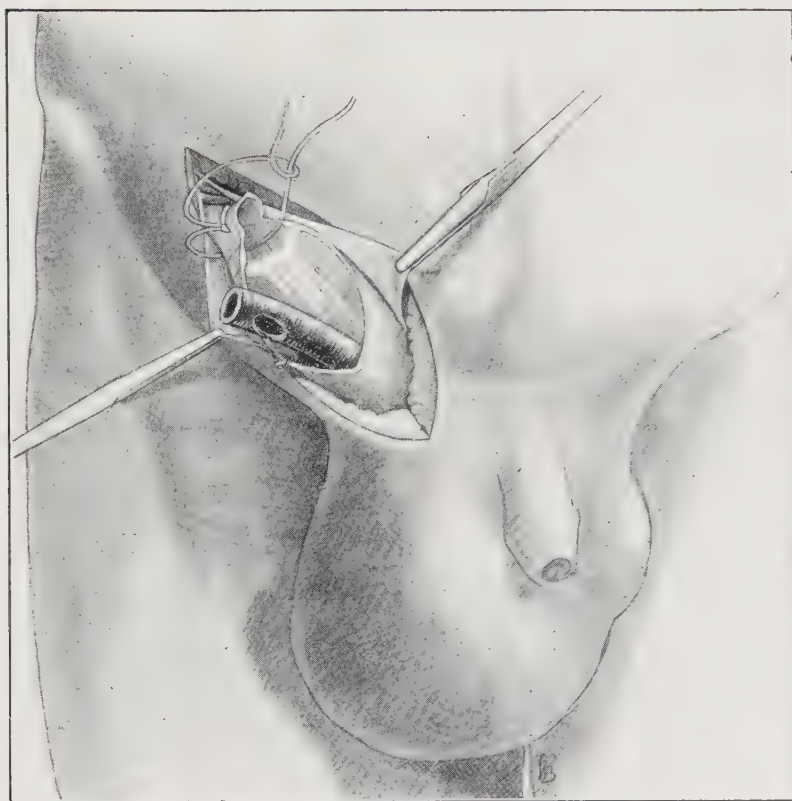
Le moignon du sac oblitéré fuit alors de lui-même dans l'abdomen. S'il reste adhérent, on le clive ou on le suspend à la Barker. (A la rigueur, si l'état général est trop grave, ce temps de la section du sac pourrait être négligé).

7° La cure radicale est le complément habituel de la kélotomie.

Il est rare que l'on puisse effectuer cette réfection par un Bassini typique. Le procédé opératoire importe peu, pourvu que la paroi se trouve correctement reconstituée.

8° La partie scrotale du sac est alors marsupialisée par suture de la moitié antérieure aux lèvres de l'incision cutanée.

Un gros drain est glissé jusqu'au fond de la poche scrotale et fixé à la peau.



Cette figure schématise les temps essentiels de l'opération, après réduction du contenu herniaire. On voit à la partie supérieure la ligature transfixiante amorcée sur le sac, très haut, au-dessus de l'agent d'étranglement représenté par un anneau cicatriciel. On voit par transparence à travers la paroi postérieure du sac, le fil glissé entre la paroi du sac et les éléments du cordon. Le sac sera plus tard sectionné au-dessous de la ligature pour favoriser la rétraction dans l'abdomen du bout supérieur. Un drain est placé dans la portion scrotale du sac dont les lèvres seront marsupialisées par suture aux teguments.

II. — AVANTAGES DE CETTE MODIFICATION APPORTÉE A LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE CLASSIQUE

Cette façon de faire évite les inconvénients de la libération du sac que nous avons signalés.

L'acte opératoire est réduit au minimum et pourtant les temps essentiels de la kélotomie, y compris la cure radicale, sont respectés.

L'opération peut être conduite tout entière sous anesthésie locale, par infiltration de la région inguinale seule.

Le fait de ne pas libérer le sac évite un temps opératoire souvent long, difficile, dangereux pour les éléments du cordon, accompagné souvent d'un suintement hémorragique important, et qui ne peut en général être mené à bien sans un débridement large du scrotum.

Les difficultés de la libération du sac sont au maximum dans les cas de hernie congénitale vagino-péritonéale.

La marsupialisation de la poche scrotale réduit au minimum le décollement des plans cellulaires du scrotum et leur infiltration par les produits septiques du sac.

Elle met donc le malade à l'abri de l'hématome infecté du scrotum, si fréquent à la suite de la libération du sac dans les hernies scrotales volumineuses.

III. — RÉSULTATS

Au point de vue de la mortalité, on peut dire que *l'opération ainsi conduite est aussi peu choquante que possible*, puisqu'elle peut être conduite sous anesthésie locale, beaucoup plus rapidement, et qu'elle traumatise au minimum les tissus.

Elle simplifie les suites opératoires en évitant l'hématome infecté du scrotum.

La marsupialisation de la poche ne laisse pas, contrairement à ce que l'on pourrait croire, persister de fistule et la cicatrisation de la plaie se fait dans les délais normaux.

Les résultats éloignés sont excellents. Au point de vue de la hernie elle-même, ils sont ceux que la kélotomie complétée d'une cure radicale.

Du fait de la conservation de la poche scrotale ne résulte aucun inconvénient. Celle-ci s'oblitére par adhérence des feuillets sous l'influence probable de l'infection qui détruit l'endothélium et il n'est pour ainsi dire pas possible de deviner à longue échéance que le sac scrotal a été laissé en place.

La conservation du sac, répréhensible dans la cure radicale de la hernie inguinale, parce qu'elle laisse persister une partie saine du sac, amorce d'un kyste du cordon ou d'une volumineuse hydrocèle, ne présente pas, dans l'étranglement herniaire, les mêmes inconvénients.

IV. — INDICATIONS

L'énumération des avantages que nous venons de faire ne veut pas dire que nous proposons la non libération du sac comme un procédé de choix, à adopter de façon systématique.

Non, mais elle est une ressource à laquelle il faut savoir avoir recours :

a) Dans les cas où la gravité de l'état général contre-indique une opération de quelque durée, et dans ceux où l'on a cru devoir se passer de l'anesthésie générale ou de la rachianesthésie.

b) Dans les cas de hernies scrotales volumineuses où la libération du sac paraît être laborieuse.

C'est là affaire de tact chirurgical.

Bien entendu, cette technique n'est utilisable que dans les cas où le contenu herniaire est libre d'adhérences avec le sac, et où le débridement du scrotum ne s'impose pas.

Mais dans ce cas même, où le débridement du scrotum vers le bas aurait dû être effectué, le débridement simple du sac fendu parallèlement aux téguments, sans aucune dissection, pourrait être préféré à la libération complète.

On pourrait, évidemment, sans compliquer l'acte opératoire, compléter le drainage par le passage en seton du drain, à la faveur d'une incision déclive du scrotum.

Nous y aurons recours volontiers, mais les cas que nous avons observés ne nous en ont pas révélé la nécessité.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Clinique du Professeur TIXIER

dûe à l'obligeance du Professeur agrégé P. BONNET

*Hernie inguinale droite, étranglée depuis neuf jours
(hernie du gros intestin et de l'épiploon)*

J..., 47 ans.

Assez bonne santé antérieure. Ne tousse pas. Pas de pleurésie ni d'adénite, n'a pas fait son service militaire : hernies et varices de la jambe gauche.

C'est vers l'âge de 18 ans qu'il s'est aperçu de ses hernies.

La hernie inguinale droite apparaît la première, puis la gauche un ou deux ans après : les premiers temps elles ne gênent pas considérablement le malade.

Elles avaient le volume d'une noix, étaient indolores et rentraient assez facilement : cependant, peu à peu, comme il exerce un métier pénible (menuisier), il éprouve une gêne persistante. Il essaie de porter un bandage et continue à travailler jusqu'en 1906. A ce moment, il a 27 ans, et 3 ans après l'institution du bandage, les hernies se mirent à grossir, devinrent chaudes, tendues et douloureuses. Il fut opéré par M. Vallas. Un an après, la hernie gauche récidive. Nouvelle intervention. Deux ans après, nouvelle intervention, toujours du même côté.

Enfin, la crise actuelle a débuté il y à 9 jours, caractérisée par de violentes douleurs abdominales, arrêt complet des matières et des gaz, mais pas de vomissement d'aucune sorte.

Les hernies étaient chaudes, tendues, douloureuses, irréductibles, ayant dépassé le volume d'un gros poing. Amené à l'Hôtel-Dieu, à l'infirmerie de porte le 9 jour, il a été vu et opéré par M. le Professeur Bonnet.

A l'examen (Prof. Bonnet). Pas de vomissement, abdomen météorisé immobile ; diagnostic : hernie du gros intestin incomplète, peut-être avec épiploon.

Intervention.

Le 30 janvier, à 5 heures du soir, avec l'aide de M. Lesbroc, interne de garde. Anesthésie générale à l'éther.

Incision haute sur le trajet inguinal. On ouvre le péritoine, puis le sac, de l'abdomen vers le scrotum. Il vient beaucoup de liquide du ventre. Le sac a un collet nacré, saillant, faisant ficelle autour du sac et simulant un canal déférent. On protège le grand ventre par des compresses. On extrait d'abord une grosse masse épiploïque étranglée, enserrée trop près du gros intestin pour qu'on puisse songer à en faire la résection. Aussi on le respecte. Il a une stricture très nette, persistante, entourée de suffusions hémorragiques. Mais l'épiploon est étalé, non aggloméré en paquet et le bord distal n'est pas gangréné. On extrait ensuite du sac une anse du gros intestin, rouge, mais non sphacélé. Du sang rouge vient du sac derrière elle.

L'anse et l'épiploon sont réintégrés. L'incision péritonéale fermée, le sac occlus haut au-dessus de la stricture est réséqué. On n'extirpe pas le sac qui est laissé dans le scrotum et exclu, drainé par un drain pour ne pas allonger l'opération chez un malade qui a vomi à flot sur la table d'opération et qu'on a craint de voir mourir sur le lit.

Dans la nuit, le malade se vide abondamment. On avait été inquiet à cause de l'énorme ballonnement, et on regrettait presque de n'avoir pas faite une entérostomie de décharge.

Etat satisfaisant le lendemain.

Opération conduite en extrême vitesse : moins de 20 minutes.

Le 19 février le malade sort guéri.

Le Docteur Bonnet a reçu de ce malade, un an après l'opération, spontanément, une lettre de remerciement, dans laquelle le malade se félicite du résultat obtenu.

Nous avons revu nous-même ce malade le 22 mai 1926. Il est charpentier. Nous l'avons trouvé en plein travail, enchanté d'être guéri de ce qu'il appelle « son infirmité », car sa hernie, avant même d'être étranglée, entraînait une gêne considérable.

Depuis l'opération, il n'en a plus souffert, n'a pas la moindre gêne. Le malade prétend ne s'être jamais si bien porté, tant au point de vue général qu'au point de vue purement local. Il a un appétit excellent et pas le moindre trouble digestif.

Cependant, il porte un bandage, parce que le port lui en a été recommandé et par simple mesure de précaution, dit-il.

A l'examen, on ne perçoit dans le scrotum, où le sac a été laissé en place, aucune induration. On ne perçoit non plus, à l'exploration du trajet inguinal, aucune impulsion à la toux.

A gauche : grosse hernie inguinale ne gênant pas.

OBSERVATION II

Clinique du Professeur TIXIER

dûe à l'obligeance du Professeur agrégé P. BONNET

Hernie inguinale droite, opérée en 1898, récidivée et étranglée.

N... Louis, 48 ans, entré le 21 novembre 1924.

Le malade a été opéré d'urgence à l'infirmerie de porte par M. le Professeur P. Bonnet d'une hernie étranglée.

Antécédents : marié, femme en bonne santé, pas de fausse couche, 3 enfants, le plus petit, qui a 12 ans, a eu une mastoïdite opérée par M. le Prof. Collet, à la Charité.

Parents morts : père à 56 ans, d'une maladie de cœur; mère à 67 ans, subitement, deux ans après une ablation du cancer du sein.

Personnellement, il a été soigné à l'hôpital de la Croix-Rousse pour une péritonite en 1897. A eu la scarlatine en 1898 pendant son service. Apparition d'une hernie inguinale droite, opérée à l'hôpital militaire. Il a fait toute la guerre sans blessure. En 1924, la hernie réapparaît avec un épisode d'étranglement.

L'accident actuel remonte au 21 novembre : le malade s'est aperçu que, au moment d'un effort, survenait brusquement une douleur au niveau de l'ancien trajet herniaire. C'est ainsi qu'il a remarqué la récurrence, et le 21 novembre, il est pris brusquement, place du Pont, d'un syndrome abdominal douloureux : douleur violente, tordant le malade en deux, en même temps que des vomissements bilieux apparaissaient : on le ramène chez lui et un médecin, consulté, l'envoie à l'hôpital.

Intervention immédiate le 21 novembre par M. le Prof. agrégé P. Bonnet, sous raché-anesthésie, très bonne. On se propose, pour aller vite, de ne pas se lancer dans une dissection du sac laborieuse, puisque c'est la troisième opération; d'intervenir très haut avec, pour but, de réduire l'intestin et de marsupialiser le sac à la paroi; procédé déjà employé avec un succès parfait.

Incision inguinale haute, péritone ouvert au-dessus du collet du sac, en péritoine libre. Le collet incisé, on réintègre une anse intestinale accompagnée d'épiploon. Le péritoine est refermé et, par dessus lui, les plans aponevrotiques cicatriciels. La partie inférieure du sac est abouchée aux téguments.

Suites opératoires très bonnes rapidement : le 26 novembre la température a atteint la normale.

Le malade sort le 5 décembre, sa plaie opératoire cicatrisée.

Nous l'avons revu le 22 mai 1926. Le malade est wattman à l'O. T. L. Après son opération, il a pris 15 jours de convalescence, puis a repris son travail qu'il n'a pas interrompu depuis.

Il porte par mesure de prudence le bandage dont le port lui avait été recommandé; il lui arrive de l'oublier et de ne pas s'en apercevoir.

A l'examen, on ne perçoit dans les bourses aucune induration traduisant la présence du sac laissé en place. Il n'y a aucune impulsion à la toux.

Le malade est enchanté de la façon dont il a été guéri et trouve que « la chirurgie a fait beaucoup de progrès ».

OBSERVATION III

Clinique du Professeur TIXIER

dûe à l'obligeance du Professeur agrégé P. BONNET

Hernie inguinale droite étranglée. Fibrome de l'espace inter-digital.

R... Jean-Louis, 77 ans, Veyne (Isère), entré le 5 avril 1925.

La hernie existe depuis 25 ans. Il y a un an : irrec-tubilité qui dure quatre heures.

Vendredi dernier : irrec-tubilité complète. Le médecin, consulté, l'envoi à l'Hôtel-Dieu.

A l'entrée : Grosse hernie inguinale droite étranglée. Rachi-anesthésie de 6 cgr., parfaite.

A l'ouverture du sac, sortent plusieurs anses repliées sur elles-mêmes et adhérentes, à peine violacées, qui font croire à l'existence d'un étranglement rétrograde. En réalité, il s'agit d'adhérences et d'anses agglutinées dans une péritonite herniaire.

Le sac qui descend bas dans le scrotum n'est pas réséqué, pour éviter les hémorragies, et un choc opératoire trop grand chez un homme de 77 ans.

On se contente donc de fermer le sac, haut dans le trajet inguinal, par un surjet en bourse, évitant les éléments du cordon et on laisse la partie scrotale ouverte à l'extérieur. Un point est rejeté pour fermer tant bien que mal l'orifice inguinal.

Suites opératoires extrêmement simples.

Le 27 avril 1926, le malade vient de Veynes, non convoqué, faire constater sa bonne guérison. C'est à peine si à la toux il y a une légère impulsion. A la palpation du scrotum, on ne perçoit aucune induration du reste du sac resté en place, au point que, non prévenu on ne pourrait pas soupçonner que le scrotum a été habité par une hernie.

CONCLUSIONS

Dans le traitement de la hernie étranglée, le débriement du sac, lorsqu'il s'agit d'une hernie scrotale volumineuse, se présente comme un temps de l'opération difficile à réaliser.

Il prolonge la durée de l'opération, il expose à la blessure des éléments du cordon; il s'accompagne souvent de suffusions hémorragiques importantes. La dissection du sac complique donc et aggrave l'acte opératoire lui-même. Elle expose à des suites opératoires moins simples, du fait de l'hématome du scrotum et de l'infection qui l'accompagne habituellement.

Ceci sans avantage réel au point de vue de la guérison.

De sorte que la dissection et la résection du sac ne peut pas être considérée comme un temps essentiel de la kélotomie, même lorsque celle-ci doit être complétée par la cure radicale.

La modification de technique que nous présentons comme une ressource utilisable dans la kélotomie pour hernies scrotales volumineuses consiste essen-

tiellement à renoncer de parti délibéré à la dissection et à la résection du sac.

Les temps essentiels de la kélotomie sont conservés : levée de l'agent d'étranglement; ligature haute du sac; cure radicale.

Mais la portion scrotale du sac est laissée en place sans libération préalable et marsupialisée.

Ces résultats de l'opération qui peut être effectuée sous anesthésie locale, sont du même coup simplifiés et restent excellents au point de vue de la guérison définitive.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.

our le Doyen : l'Assesseur.

ROQUE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 Mai 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	11
Les inconvénients de la libération systématique du sac	15
Les procédés destinés à éviter les inconvénients de la libération du sac.....	19
L'oblitération haute du sac, non libéré avec marsu- pialisation de la portion scrotale....	23
Observations.....	29
Conclusions.....	35



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

◦ 42, QUAI GAILLETON ◦

◦ ◦ ◦ ◦ ◦ LYON ◦ ◦ ◦ ◦ ◦



